

# RESUMENES DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS A LAS REUNIONES CIENTIFICAS DEL AÑO 1982

## PRIMERA REUNION CIENTIFICA

29 DE ABRIL DE 1982

### Trabajo N° 1

#### ESTIMACION DEL TAMAÑO DEL INFARTO:

#### 1. CORRELACION DEL MAPEO PRECORDIAL Y EL VENTRICULOGAMA RADIOISOTOPICO

W. F. Santander, H. Pomés Iparraguirre, E. Schneebeli, A. M. Salvati, A. Castelli, A. Pascual y C. B. Alvarez

Instituto de Cardiología - Hospital Español de Buenos Aires

Se ha sugerido que el mapeo precordial (MP) puede ofrecer una estimación del tamaño del infarto agudo de miocardio (IAM) y reflejar el grado de disfunción ventricular asociado. Con el objeto de correlacionarlo con el ventriculograma radioisotópico se estudiaron 22 pacientes (Pts), 20 hombres y 2 mujeres, con edades de 40 a 78 años, durante la primera semana del IAM, que fue anterior en 15 Pts (Grupo A) e inferior en 7 (Grupo B). Se realizó MP de 35 derivaciones, obteniéndose el Índice de Q (InQ), es decir, el número de derivaciones con onda Q patológica (0,04 set y 2,5 mm). Fueron excluidos los Pts que presentaron trastornos de conducción intraventricular. Se realizó radiocardiograma (RCG) con Tecnecio 99 por el método del equilibrio multigatillado, obteniéndose la fracción de expulsión (FE) y evaluándose la contractilidad regional en proyección OAD y OAI en 10 segmentos. Mediante un sistema de puntuación (normal: 4; hipocinesia leve: 3; moderada: 2; severa: 1; acinesia: 0 y discinesia: -1) se calculó el score de motilidad (SM) como: puntaje obtenido/máximo puntaje (4) por número de segmentos (10). Se correlacionaron la FE y SM con InQ del MP realizado dentro de las 24 horas del RCG.

En el Grupo A el InQ tuvo correlación lineal significativa con la FE ( $r = -0,81$ ) y con el SM ( $r = -0,62$ ), mientras que en el Grupo B no hubo correlación significativa. Estos resultados sugieren que el aumento del InQ se asocia con una disminución de la FE y mayor área de contractilidad anormal, por lo que constituye un método sencillo y útil para valorar la función ven-

tricular y la disinergia segmentaria, aportando una estimación cuantitativa de la extensión del infarto en los pacientes con IAM de la pared anterior del ventrículo izquierdo.

(Comentador: Fernando Otero)

### Trabajo N° 2

#### ESTIMACION DEL TAMAÑO DEL INFARTO:

#### 2. ESTUDIO DE LA REEXTENSION MEDIANTE EL MAPEO PRECORDIAL Y LA CURVA DE ACTIVIDAD ENZIMATICA

E. Schneebeli, H. Pomés Iparraguirre, W. F. Santander, A. M. Salvati, A. Castelli, A. Pascual y C. B. Alvarez

Instituto de Cardiología - Hospital Español de Buenos Aires

En el mismo grupo de pacientes (Pts) del trabajo anterior se estudió la evolución del segmento ST durante el infarto agudo (IAM) mediante la  $\Sigma$ ST en el mapeo precordial de 35 derivaciones (MAP). Se realizó MP en forma secuencial a las 4, 8, 12, 18 y 24 horas del comienzo de los síntomas y, luego, cada 8 horas durante 5 días. Se obtuvieron los valores de CPK y CPK-MB a las 6, 12, 18 y 24 horas y cada 8 horas hasta el quinto día. Se excluyeron los Pts con trastornos de conducción intraventricular. En el 46% de Pts (7/15) con IAM anterior (Grupo A) la  $\Sigma$ ST fue máxima alrededor de la cuarta hora y disminuyó hasta las 8-12 horas, manteniéndose luego estable. En contraste, en el 54% (8/15) el descenso de la  $\Sigma$ ST fue más lento, estabilizándose a las 18-24 horas, con nuevo aumento entre las 24 horas y el cuarto día, acompañado, en todos los casos, por una reelevación de CPK y CPK-MB. Sólo el 25% de estos Pts (2/8) tuvieron angor, mientras que en el 13% (1/8) el diagnóstico clínico fue de pericarditis epiestenocárdica y en el 62% restante no se detectaron complicaciones. Entre los Pts con IAM inferior (Grupo B) la  $\Sigma$ ST fue significativa-

mente menor, y el 44% (3/7) mostró una curva normal, mientras que en el 28% (2/7) un nuevo aumento de  $\Sigma$ ST se asoció con reelevación enzimática. El 28% restante presentó pericarditis, con aumento de  $\Sigma$ ST pero no de enzimas. La fracción de expulsión del radiocardiograma fue significativamente mayor en los Pts del grupo A sin reextensión que en los que la presentaron ( $0,41 \pm 0,11$  vs  $0,25 \pm 0,07$ ,  $p < 0,01$ ). Estos resultados sugieren que el aumento de la  $\Sigma$ ST indica reextensión del infarto, excepto cuando no se acompaña de reelevación enzimática y existe pericarditis. Dada la elevada incidencia de reextensión y su ocurrencia tardía, la evolución de la  $\Sigma$ ST sería un parámetro útil para evaluar las intervenciones destinadas a limitar la extensión del IAM.

(Comentador: Carlos Otero y Garzón)

#### Trabajo Nº 3

### SINDROME DE PREEXCITACION VENTRICULAR. ESTUDIO ELECTROCARDIOLOGICO DE 115 CASOS

O. Apkarian, M. Vallazza, A. Locreille, N. Carnuccio, J. Llera, E. Sciandro, L. Suárez y A. Perosio

Sección Cardiología - Hospital de Clínicas - Buenos Aires

El objetivo de este trabajo es presentar los hallazgos electrocardiológicos de 115 pacientes (p) con preexcitación ventricular (PEV) seguidos en su evolución entre 2 y 25 años, poniendo especial énfasis en sus cambios evolutivos.

En ellos se efectuaron ECGs y VCGs con intervalos variables (2 a 6 meses) y durante lapsos prolongados [10 p mayor de 20 años (a), 31 p mayor de 10 a, 40 p mayor de 5 a, 34 p mayor de 2 a]. En 15 p se efectuaron ECGs Holter antes y después de distintas drogas. De los 102 p con QRS ancho (100 tipo WPW, 2 tipo Mahaim) 45 eran del tipo A, 35 del B y 22 no encasillables (según Rosenbaum y col.). Tres de ellos eran tipo C (Lev y col.). En 69 p, PE continua; en 30, intermitente (6 alternante) y en 3 sólo apareció durante un hipertiroidismo. Presentaron taquicardias paroxísticas (TP) el 60% de los p (60/100) con PE tipo WPW, el 100% de los p con PE tipo LGL (13/13) y el tipo Mahaim (2/2). En 29 p pudieron registrarse con ECG simple o Holter una o más de las TP: taquicardias recíprocas con QRS normal 18 p, con PE persistente 2 p, con aberración frecuencia dependiente 3, fibrilación auricular con PE persistente 6 p (5 WPW tipo A, 1 tipo C), con QRS normal 2 p (1 WPW tipo A, 1 LGL), aleteo auricular 3 p. La PE

tipo WPW desapareció con la evolución en 12 p (a los 33, 48, 50, 51, 52, 54, 55, 58, 60, 68 y 74 a). Sólo en 5 de los 12 p mayores de 60 a persistió la PE. Sólo se registraron TP en 3 p mayores de 60 a.

*Conclusiones.* 1) El ECG permite identificar el mecanismo de las TP, calcular el período refractario del haz accesorio, establecer pronóstico y programar tratamiento de la PE. 2) La capacidad conductiva del HA parece disminuir con la edad.

(Comentador: Julio Przybylski)

#### Trabajo Nº 4

### SINDROME DE PREEXCITACION VENTRICULAR Y MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA

R. Foye, F. De Dios, A. Bunster, M. Vallazza, O. Apkarian, J. Videla, L. Suárez y A. Perosio

Sección Cardiología - Hospital de Clínicas - Buenos Aires

De 105 pacientes (p) con síndrome de preexcitación (PE) estudiados desde enero de 1971 a enero de 1982 se diagnosticaron 8 con MH en base a ecocardiogramas (ECO) modo-M y/o carótido-apexogramas. En 2 p se confirmó por ECO bidimensional y en otros 2 por angiografía hemodinámica. Incidencia encontrada de 7,62%. De ellos 34% (37/105) presentaban cardiopatía asociada, de las que 7,62% eran coronariopatías (8/105). En 4/8 p se efectuó electrocardiograma (ECG) Holter, ECHs y vectocardiogramas (VCGs) seriados antes y después de diversas drogas. El seguimiento fue prolongado (entre 28 y 88 meses, total 435 meses/p). Tres eran hombres y 5 mujeres (edad media 26,3 años). Cuatro tenían MH asimétrica (3 con obstrucción, 1 con prolapso mitral) y 4 MH simétrica. Siete tenían PE tipo WPW (6 continuo, 1 intermitente) y 1 PE tipo LGL. Los primeros tenían evidencias de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y de bloqueo incompleto de rama izquierda (BIRI) y el último de HVI aislada. El 62,5% (5/8) tenían taquicardias paroxísticas (TP) recurrentes. TP del total de la serie 56,2% (61/105). Dos p fallecieron súbitamente durante el seguimiento. Las TP y la signología obstructiva mejoraron con propranolol 160-320 mg/día o verapamil 320-560 mg/día. Un p fue intervenido quirúrgicamente (miomectomía y sección del haz accesorio) con desaparición de los síntomas, pero no de la PE.

*Conclusiones.* 1) La asociación MH-PE no es infrecuente. 2) La PE sugiere una MH primitiva en toda HVI de difícil filiación. 3) La incidencia de arritmias

en la asociación MH-PE no es mayor que en la PE aislada. 4) El ECG y VCG presentan una patente característica cuando existe dicha asociación (PE+HVI+BIRI).

(Comentador: Jorge Glenn)

**Trabajo N° 5**

**ANEURISMA MICOTICO DE AORTA ASCENDENTE**

**D. B. Corneli, C. Antelo, D. Gutiérrez, H. Mon,**

**R. Pardo y Pis Diez**

Servicio de Cardiología del Hospital de Niños de La Plata

El presente caso muestra la evolución ecocardiográfica bidimensional de una estenosis aórtica y subaórtica de

tipo fibromuscular en un niño sintomático de 11 años de edad; operado por vía aórtica, que se complica con una endocarditis, la cual evoluciona en un mes hacia un aneurisma micótico de aorta, el cual se fisura espontáneamente.

Numerosas publicaciones demuestran la bondad de la técnica para demostrar las vegetaciones, tanto en modo M como en 2 D, pero es esta última la que permite detectar las complicaciones del proceso destructivo. Es por ello que debe enfatizarse en la utilidad de esta técnica, ya que permite efectuar el diagnóstico e indicar el tiempo apropiado de la cirugía.

(Comentador: María Marta Binello)